· 指南 · 共识 ·

妇科常见恶性肿瘤全专结合管理专家共识

首都医科大学肿瘤学系妇科肿瘤学组

通信作者：白文佩，教授；E-mail：baiwp@bjsjth.cn

【摘要】 为提升妇科恶性肿瘤患者的全程健康管理质量，充分发挥基层医疗卫生机构在妇科恶性肿瘤患者筛查、早期识别、干预及康复中的作用，首都医科大学肿瘤学系妇科肿瘤学组联合全科医学、营养学、心理学、康复医学、护理学、卫生统计学等专家，基于基层医疗机构现状，结合循证医学证据、妇科恶性肿瘤管理相关指南等，制定了本共识。妇科常见恶性肿瘤患者全专结合管理应该以妇科医生和全科医生为核心，联合肿瘤、康复等多学科团队，从妇科恶性肿瘤的预防、筛查、随访、转诊、心理疏导、运动康复、营养管理、延续护理、健康教育以及社会功能恢复等方面进行综合管理，致力于延长患者生存期和提高患者生存质量。

【关键词】 妇科肿瘤；宫颈肿瘤；子宫内膜肿瘤；卵巢肿瘤；社区卫生服务；全科医学；医院，专科；全专协作；专家共识

【中图分类号】 R 736.8　【文献标识码】 A　DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0204

Expert Consensus on Management of Common Gynecological Malignancies Combining General Practice and Specialist

Gynecological Oncology Group of the Oncology Department of Capital Medical University

Corresponding author：BAI Wenpei，Professor；E-mail：baiwp@bjsjth.cn

【Abstract】 To enhance the overall health management for patients with gynecologic malignant tumors，and to fully leverage the role of primary healthcare institutions in screening and rehabilitation，the Gynecological Oncology Group of the Oncology Department of Capital Medical University，in collaboration with experts in general medicine，nutrition，psychology，rehabilitation medicine，nursing，and health statistics，has formulated the Expert Consensus on Management of Common Gynecological Malignancies Combining General Practice and Specialist. This consensus，based on evidence from evidence-based medicine，the current status of primary medical institutions，and relevant guidelines for the management of gynecological malignancies，emphasizes the early identification of gynecological malignancies and proactive intervention in related health issues. Community management of patients with common gynecological malignancies should be centered around gynecologists or general practitioners，in collaboration with a multidisciplinary oncology rehabilitation team. The management covers aspects such as prevention，screening，follow-up and referral，psychological counseling，exercise rehabilitation，nutrition management，continuity of care，systematic health education，and social function recovery，aiming to prolong survival and enhance the quality of life for patients.

【Key words】 Gynecologic neoplasms；Uterine cervical neoplasms；Endometrial neoplasms；Ovarian neoplasms；Community health services；General practice；Hospitals，special；Combination of general practice and specialty；Expert consensus

妇科恶性肿瘤已经成为危害女性健康的主要疾病。根据国际癌症研究机构 2020 年发布的数据显示，全球每年新增约 133 万例妇科恶性肿瘤患者，死亡约 54 万例[1]。宫颈癌、子宫内膜癌和卵巢癌是女性生殖系统三大恶性肿瘤，其年龄标准化发病率分别为 13.3/10 万、8.7/10 万和 6.6/10 万[1]。在我国，2022 年新增妇科恶性肿瘤患者约 29 万例，死亡约 10 万例[2]，疾病负担沉重。目前妇科恶性肿瘤的诊治工作多在专科及各级综合医院

引用本文：首都医科大学肿瘤学系妇科肿瘤学组 . 妇科常见恶性肿瘤全专结合管理专家共识［J］. 中国全科医学，2024. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0204.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］

Gynecological Oncology Group of the Oncology Department of Capital Medical University. Expert Consensus on Management of Common Gynecological Malignancies Combining General Practice and Specialist［J］. Chinese General Practice，2024.［Epub ahead of print］.

进行，难以对所有患者提供连续性、综合性管理。我国正在积极推动分级诊疗制度，并不断完善家庭医生签约服务制度，基层医疗卫生机构及全科医生在妇科恶性肿瘤患者的预防、筛查、治疗后的定期复查、心理疏导、营养管理、运动锻炼、延续护理和健康教育以及社会功能的恢复等方面将发挥越来越重要的作用。据此，基于广泛的文献回顾和专家经验，本学组制定有关妇科常见恶性肿瘤全专结合管理专家共识。本共识的制定遵循科学性、实用性和先进性原则，推荐级别的设定综合考虑了研究的质量、专家意见以及实践的可行性，经过了多次专家会议的深入讨论和修订，汇集了多学科、不同地区、不同级别医疗机构学者的意见和建议，以期形成更具普适性的全专结合妇科恶性肿瘤管理策略，证据推荐级别见表 1。

表 1 本共识的证据推荐级别及代表意义
Table 1 Evidence levels and significance of recommendations in this consensus

推荐级别	代表意义
1 类	基于高级别临床研究证据，专家意见高度一致
2A 类	基于低级别临床研究证据，专家意见高度一致；或基于高级别临床研究证据，专家意见基本一致
2B 类	基于低级别临床研究证据，专家意见基本一致
3 类	不论基于何种级别临床证据，专家意见明显分歧

1 妇科常见恶性肿瘤的管理

1.1 宫颈癌的全专结合管理

1.1.1 宫颈癌的预防：40~60 岁是我国宫颈癌的发病高峰年龄，年轻患者（年龄 <35 岁）约占 8%[3]。绝大多数病例由高危型人乳头瘤病毒（human papillomavirus，HPV）的持续感染所致。宫颈癌发生的危险因素还包括性行为开始过早、多个性伴侣、高危性伴侣、性传播感染病史、初产年龄较早（<20 岁）和产次多（足月产 ≥ 3 次）、吸烟、免疫抑制、营养状况不良等[4]。极少数宫颈癌与致病性的基因突变相关，如宫颈胃型腺癌，主要是由 STK11 胚系突变所致[5]。

宫颈癌有明确且有效的三级预防手段[6]。一级预防：健康教育及 HPV 疫苗接种。我国 HPV 疫苗临床应用中国专家共识指出：优先推荐 9~26 岁女性接种 HPV 疫苗，特别是 17 岁以下的女性；同时推荐 27~45 岁有条件的女性接种 HPV 疫苗；特殊人群的推荐级别见表 2[7]。二级预防：定期进行宫颈癌筛查是防控的核心手段，目前主要的筛查方法为宫颈细胞学检查和 HPV 检测。三级预防：对检出的宫颈癌前病变以及宫颈癌患者进行及时诊断和规范治疗。

【推荐意见】 推荐宫颈癌的三级预防，对社区人群进行健康教育并对符合适应证的人群进行 HPV 疫苗接种，优先推荐 9~26 岁女性接种 HPV 疫苗，推荐 27~45 岁有条件的女性接种 HPV 疫苗，特殊人群的推荐级别见表 2，定期进行宫颈癌的筛查，将宫颈癌及宫颈癌前病变患者及时转诊至上级医院妇科进行治疗（1 类推荐）。

表 2 普通和特殊人群（女性）HPV 疫苗接种的推荐级别
Table 2 Recommendations for HPV vaccination in general and special populations (female)

人群	特征	推荐级别
普通人群	9~26 岁女性	优先推荐
	27~45 岁女性	推荐
特殊人群	HPV 感染 / 细胞学异常的适龄女性	推荐
	妊娠期女性	不推荐
	哺乳期女性	谨慎推荐
	有 HPV 相关病变治疗史的适龄女性	推荐
	有遗传易感和宫颈癌发病高危因素的适龄女性 a	优先推荐
	免疫功能低下的适龄女性 b	
	HIV 感染者	优先推荐
	自身免疫性疾病：系统性红斑狼疮、风湿性关节炎、结缔组织病、干燥综合征、桥本甲状腺炎等	推荐
	1 型和 2 型糖尿病	推荐
	肾衰竭血液透析者	与临床医生共同探讨
	器官 / 骨髓移植后长期服用免疫抑制剂患者	与临床医生共同探讨

注：HPV= 人乳头瘤病毒，HIV= 人类免疫缺陷病毒；a 指建议首次性暴露前或尽早接种；b 指全身脏器功能差、病情不乐观、预期寿命有限者，不推荐。

1.1.2 宫颈癌的症状与筛查。症状：早期宫颈癌通常无症状。在有症状的患者中，最常见的是白带增多，不规则阴道流血以及性交后出血，晚期患者可有阴道排液、腰骶部疼痛等症状，由于肿瘤增大转移，可有尿频尿急、便秘、下肢肿痛等症状。

筛查：近 30 年来，宫颈癌的筛查方法持续演进和优化，学者们在筛查的起止时间、间隔及方法等方面进行了持续的探索和研究，从最初以细胞学为主的筛查逐步转向以 HPV 检测为主。宫颈癌疫苗接种和筛查极大降低了其发病率和死亡率[8]。我国子宫颈癌筛查指南推荐高危型 HPV 核酸检测作为子宫颈癌的初筛方法[9]，结合该指南及专家组意见，本共识推荐筛查方案如下。

筛查起始年龄为 25 岁。对于 25~64 岁女性，每 5 年进行 1 次 HPV 核酸单独检测，或联合细胞学筛查；或每 3 年进行 1 次细胞学检查。其中 25~29 岁女性，由于 HPV 感染常为一过性感染，绝大部分可经自身免疫清除，因此建议该年龄段女性采用细胞学筛查[10]。

在我国由街道社区组织、妇幼保健机构进行的宫颈癌筛查年龄为 35~64 岁。65 岁以上女性，如既往有充分的阴性筛查记录（即 10 年内有连续 3 次细胞学筛查，或连续 2 次的 HPV 筛查或联合筛查，且最近 1 次筛查在 5 年内，筛查结果均正常），并且无宫颈上皮内瘤变、HPV 持续感染，以及无因 HPV 相关疾病治疗史等高危因素，可终止筛查，或根据个人意愿继续筛查。预防性 HPV 疫苗接种后的筛查策略同普通人群。此外，对于 25 岁以下高危女性、妊娠期女性、子宫切除术后女性、免疫功能低下等特殊人群的筛查指南中有相应推荐意见，社区涉及此类人群较少，本共识不做赘述。

【推荐意见】　对于 25~64 岁有性生活史的社区健康人群，推荐每 5 年 1 次 HPV 核酸单独检测，或联合细胞学筛查；或每 3 年 1 次细胞学检查（其中 25~29 岁女性推荐细胞学筛查）。有异常子宫出血、绝经后出血、接触性出血、阴道排液、腰骶部疼痛等症状的女性需警惕宫颈病变并进行筛查。无症状的女性注意追踪既往筛查历史及结果，以免漏筛（2A 类推荐）。

1.1.3　宫颈癌的随访。随访频率：推荐宫颈癌治疗结束后 2 年内每 3~6 个月随访 1 次，3~5 年内每 6~12 个月随访 1 次，5 年后每年随访 1 次[11]。高风险患者（如晚期宫颈癌，接受初始化疗 / 放疗或手术加辅助治疗）前 2 年推荐每 3 个月随访 1 次，低风险患者（如早期宫颈癌，仅接受手术治疗未接受辅助治疗）可适当延长复查时间。

随访内容：询问病史和全面体格检查是评估的重要组成部分。每年进行 1 次宫颈 / 阴道细胞学检查（放疗患者准确性可能会受到影响），根据分期和患者复发征象进行影像学检查随访，基于疑似有复发迹象的患者考虑实验室检测（如全血检查、尿素氮、肌酐、鳞状细胞癌抗原）。提示宫颈癌复发的症状包括：阴道流血或分泌物异常、腹部盆腔疼痛、泌尿系症状和 / 或排便习惯改变，以及体质量减轻、厌食、持续咳嗽、背部 / 臀部 / 腿部疼痛等。怀疑有复发的体格检查结果包括：淋巴结（尤其是腹股沟或锁骨上淋巴结）肿大、阴道病灶（糟脆、凸起或结节）、直肠阴道隔结节或任何部位可触及的肿块（最常位于盆腔）。

对于Ⅰ期患者，应结合症状和临床发现进行影像学随访，对于异常体格检查结果或新发盆腔、腹部或肺部症状要保持警惕；对于Ⅱ期及以上患者，完成治疗后的 3~6 个月，首选 PET-CT 或肺部和腹部 CT 检查，也可选择盆腔 MRI 检查；推荐对患者进行肿瘤复发症状的教育；还需就健康生活方式、肥胖、营养、运动、性健康、激素替代治疗以及潜在的长期和远期治疗影响向患者提供咨询；接受放疗的患者，应告知患者规律阴道性交和 / 或阴道扩张器的使用以及阴道保湿剂 / 润滑剂（如雌激素乳膏）的使用，并警惕放疗诱发辐射部位第二肿瘤的风险[11]。

【推荐意见】　鉴于我国国情，医疗技术力量集中于大型三甲医院。社区医生应熟知妇科恶性肿瘤相关知识，提醒并追踪疑似或确诊患者，对社区内已行宫颈癌治疗的人群建立档案，定期提醒患者至医院行相应检查。宫颈癌患者治疗结束后 2 年内每 3~6 个月随访 1 次，3~5 年内每 6~12 个月 1 次，5 年后每年随访 1 次；根据复发风险及出院意见调整随访间隔和随访内容（2A 类推荐）。

1.2　子宫内膜癌的全专结合管理

1.2.1　子宫内膜癌的预防：近年来，子宫内膜癌的发病呈上升趋势，我国发病高峰年龄为 50~59 岁[12-13]。雌激素依赖型（Ⅰ型）子宫内膜癌更多见，其危险因素为长期暴露于较高水平外源性或内源性雌激素，但没有足够的孕激素拮抗。危险因素包括肥胖、高血压、糖尿病、无拮抗的雌激素治疗、绝经后女性接受他莫昔芬治疗、长期无排卵、合并分泌雌激素的肿瘤、月经初潮早和绝经晚以及脂肪的大量摄入等。此外，5% 的子宫内膜癌归因于遗传性癌症综合征，最常见的原因是林奇综合征（Lynch syndrome，LS），一种常染色体显性遗传综合征，其特征是错配修复基因 MLH1、MSH2/6 和 PMS2 发生突变，易患子宫癌、卵巢癌、结肠癌、前列腺癌等。怀疑 LS 时，可根据家族史使用阿姆斯特丹或贝塞斯达标准[14]或使用临床预测 PREMM5 等模型。社区全科医生应加强对子宫内膜癌风险增加人群和高风险人群的识别，前者包括肥胖、无孕激素拮抗的雌激素使用史、多囊卵巢综合征、未育或不孕、他莫西芬治疗、分泌雌激素的卵巢肿瘤、绝经延迟（>55 岁）以及糖尿病患者，后者包括 LS、LS 患者的 1~3 级亲属、有子宫内膜癌或结肠癌家族史的女性。

肥胖是子宫内膜癌发病的独立危险因素，维持正常的 BMI、规律运动有利于预防子宫内膜癌[15]。有研究发现减肥手术后子宫内膜肿瘤自发逆转[16]，因此避免肥胖和逆转肥胖是预防子宫内膜癌的关键。此外，长期暴露于较高水平内源性孕激素（规律的月经周期、怀孕和母乳喂养）以及外源性孕激素，如通过长期（>5 年）口服避孕药、含孕激素的激素替代疗法和含孕激素的宫内缓释系统被证明可以降低子宫内膜癌的发病风险[17]。复方口服避孕药及含孕激素的宫内节育器被推荐用于有避孕需求且无禁忌的女性以预防子宫内膜癌[15，18]，含孕激素的宫内节育器对高危女性的子宫内膜癌预防有潜在益处，尽管来自随机对照试验的证据很少[17]。有子宫女性采用绝经激素治疗时，建议在专科医生指导下，务必雌孕激素联合，可降低单一雌激素作用所致的子宫内膜癌风险。有文献报道与不使用口服避孕药的 LS 女

性相比，使用口服避孕药的女性患子宫内膜癌的风险降低，但缺乏关于口服避孕药对与 LS 相关的其他癌症影响的数据[19]。预防性全子宫和双附件切除已被证明可以降低 LS 患者子宫内膜癌和卵巢癌的发病风险，但最佳手术时机尚未达成明确共识。值得提醒的是，40 岁及以上女性使用口服避孕药可增加静脉血栓栓塞风险，需排除禁忌合理选用，并注意监测随访。

【推荐意见】 对于一般人群，健康的生活方式、避免肥胖和逆转肥胖是预防子宫内膜癌的重要举措；对于有避孕需求且排除禁忌的女性推荐使用复方口服避孕药、左炔诺孕酮宫内缓释系统预防内膜癌；对于风险增加人群和高风险人群，排除禁忌后使用左炔诺孕酮宫内缓释系统；怀疑 LS 女性建议尽早就诊专科进行肿瘤遗传咨询，以便个性化管理。社区全科医生应注意识别子宫内膜癌风险增加人群和高风险人群，并指导该类人群预防和早期发现子宫内膜癌。（2A 类推荐）

1.2.2　子宫内膜癌的症状与筛查。症状：90% 的子宫内膜癌患者的主要症状为阴道流血，91% 的绝经后子宫内膜癌患者存在绝经后出血[20]，部分患者有阴道排液表现，少部分早期患者无明显症状。有宫腔积液或积脓者可出现下腹或腰骶部疼痛。发生腹腔内转移时可出现腹痛、腹胀、盆腹腔包块等。晚期患者因癌肿扩散导致下肢肿痛、静脉血栓形成甚至消瘦、贫血和低热等恶液质表现。

筛查：尚无高质量证据支持影像学或肿瘤标志物检测可降低普通人群的子宫内膜癌发病率或死亡率，但应询问患者是否有异常阴道流血。任何异常阴道流血，尤其是绝经后出血，应立即就医。对于年龄≥ 45 岁、长期不规律子宫出血、有子宫内膜癌高危因素（如高血压、肥胖、糖尿病等）、B 超检查提示子宫内膜过度增厚并且回声不均匀、肿瘤标志物（CA25 和 HE4）升高、药物治疗效果不满意者应行诊刮（有条件者推荐宫腔镜直视下活检）并行病理检查，以排除子宫内膜病变[21]。指南推荐有症状人群、风险增加人群和高风险人群行子宫内膜癌的筛查，筛查流程见图 1[22]。

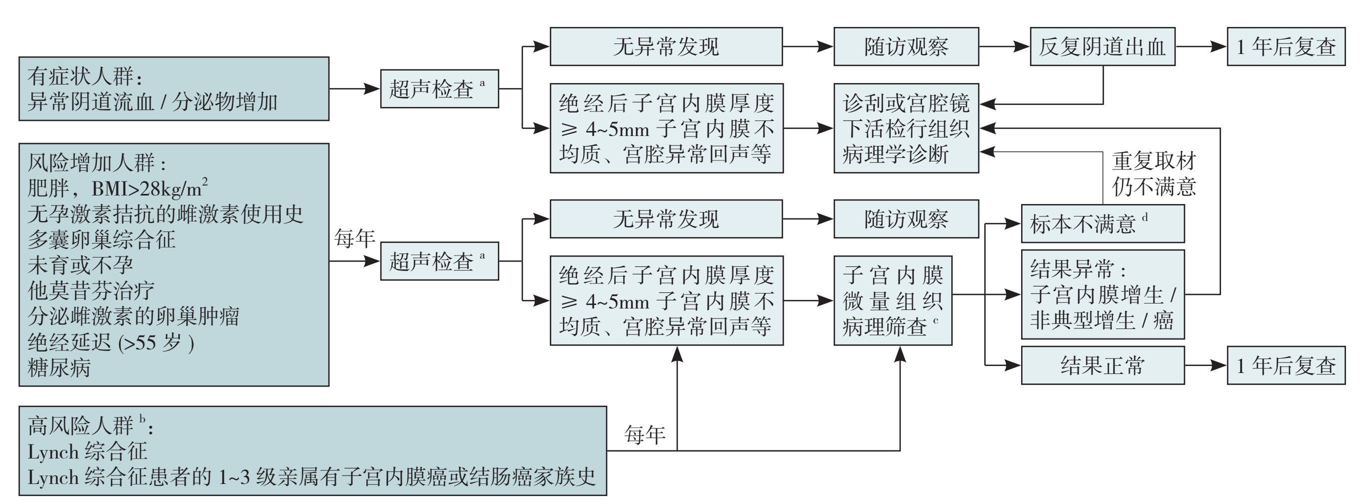
【推荐意见】 对于有症状人群、风险增加人群和高风险人群建议行子宫内膜癌的筛查，具体措施见图 1。社区医生可以根据自身条件决定转诊或者自行处理。如果转诊，可以追踪患者上级医院检查结果以便后期随访和管理。（2A 类推荐）

1.2.3　子宫内膜癌的随访。随访频率：子宫内膜癌复发患者 75% 有症状，如阴道、膀胱或直肠出血，盆腔或腹部疼痛，腹部或下肢肿胀，持续咳嗽或不明原因的体质量减轻等；65%~85% 的患者复发发生在初始治疗后 3 年内；40% 患者的复发是局部复发[23]。推荐第 1~2 年每 3~6 个月随访 1 次，第 3~5 年每 6 个月随访 1 次，5 年后每年随访 1 次；根据复发风险调整随访间隔[22]。

随访内容：应进行妇科查体和超声检查，若疑似复发或转移，应行胸部 / 腹部 / 盆腔 CT/MRI 检查或全身 PET-CT，肿瘤标志物检查[22]。还应对可能的复发症状、生活方式等进行健康宣教。子宫内膜癌患者常伴有高血压、糖尿病、肥胖等内科问题[24]，除监测癌症复发以外，还应注意并及时处理内科问题。

【推荐意见】 推荐社区医生对社区内已行子宫内膜癌治疗的人群建立档案，定期提醒患者至医院行相应检查。子宫内膜癌患者治疗结束后第 1~2 年每 3~6 个月随访 1 次，第 3~5 年每 6 个月随访 1 次，5 年后每年随访 1 次；根据复发风险及出院意见调整随访间隔和随访内容。（2A 类推荐）

1.3　卵巢癌的全专结合管理



注：a 指首选经阴道超声；b 指高风险人群 30~35 岁后，或家族中癌患者发病年龄前 5~10 岁每年应进行筛查；c 指可采用子宫内膜环状活检或 pipette 吸管活检；d 指不满意标本：未见子宫内膜成分或腺体数量 <5 个，标本不满意者 2~3 个月后重复子宫内膜微量组织活检。

图 1　子宫内膜癌的筛查人群及筛查诊断

Figure 1　Screening population and strategies for endometrial cancer

1.3.1 卵巢癌的预防、症状与筛查：卵巢癌常见于50~65岁的女性，其危险因素包括：月经初潮早或绝经晚、遗传因素、未经产、子宫内膜异位症、久坐、石棉暴露史、盆腔放疗史等[25-28]。卵巢癌的风险评估取决于年龄和家族史，重点关注风险较高患者（如40岁以上患者或者有卵巢癌或相关癌症家族史的患者）的症状可能最为有效。

卵巢癌是妇科肿瘤中遗传风险最高的肿瘤，识别卵巢癌高危女性的最佳方法是要彻底评估其遗传性乳腺癌－卵巢癌综合征（hereditary breast-ovarian cancer syndrome，HBOCS）风险。遗传性卵巢癌的特点包括：常染色体显性遗传，发病平均年龄较散发性患者早，可表现为一人罹患多种原发肿瘤，例如乳腺癌、结直肠癌、卵巢癌、胰腺癌、前列腺癌、子宫内膜癌等，和/或家族中多人罹患同种或多种原发肿瘤。可以使用家庭风险评估工具（安大略家族史风险评估量表、曼彻斯特评分系统、转诊筛查量表、系谱评估量表和7条目家族史筛查量表等）评估有乳腺癌、卵巢癌/输卵管癌/腹膜癌个人或家族史的女性，或有与乳腺癌易感基因（breast cancer susceptibility genes，BRCA）1/2突变相关的血统的女性[29]。风险评估工具结果呈阳性的女性应接受遗传咨询，咨询后视情况行基因检测。遗传性卵巢癌患者还应该根据基因检测结果进行其他癌种的预防。

预防：服用10年口服避孕药的女性，上皮性卵巢癌的发病风险降低50%[30]。使用过口服避孕药的BRCA1/2突变携带者患乳腺癌的风险略有增加，必须对这部分患者口服避孕药使用相关的乳腺癌风险增加和卵巢癌风险降低进行权衡。若其家族史显示卵巢癌占主导地位，口服避孕药可能是一种有吸引力的避孕选择；反之乳腺癌家族史占主导地位的不建议采取口服避孕药避孕[31]。母乳喂养和多产等抑制排卵相关事件也与上皮性卵巢癌风险的降低有关。机会性输卵管切除术，指当女性因非输卵管性疾病（主要是子宫切除术）行盆腔手术时可同时切除输卵管，拟行输卵管结扎者可直接切除输卵管代替结扎手术，可显著降低卵巢癌的发病风险[32]。学者预测，如果普通妇科医生在每次子宫切除和绝育手术时考虑切除输卵管，并将所有患有高级别浆液性卵巢癌的患者转诊进行遗传性癌症咨询和基因检测，在未来20年，高级别浆液性卵巢癌的发病率可能会降低40%[33]。美国妇科肿瘤协会曾提出预防卵巢癌的策略：（1）口服避孕药的使用；（2）输卵管绝育；（3）对乳腺癌和卵巢癌遗传风险高的女性进行输卵管卵巢切除术以降低患癌风险；（4）对卵巢癌妇女和其他高风险家庭进行遗传咨询和测试；（5）生育完成后的机会性输卵管切除术[34]。

对于携带BRCA1/2等致病基因突变的健康女性，应在充分知情同意和遗传咨询后进行适当干预：（1）预防性药物治疗：推荐携带BRCA1/2突变、无乳腺癌病史的人群口服避孕药。（2）降低风险的手术：输卵管卵巢切除术是降低HBOCS及相关妇科恶性肿瘤发病风险最有效的方法，可降低70%~85%卵巢癌发病率，手术时机可根据年龄和基因突变而定，BRCA1突变携带者推荐手术年龄为35~40岁、BRCA2突变携带者为40~45岁；全子宫和双附件切除术是降低LS人群相关子宫内膜癌和卵巢癌的有效措施，手术时机建议选择在完成生育后。（3）阻断遗传性卵巢癌向后代传递：植入前遗传学检测技术能最大限度降低致病基因突变向子代传递的风险[5，35]。

症状：卵巢癌患者早期症状隐匿，部分患者无明显症状，可能出现的症状包括：盆腔或腹部疼痛、腹胀感或腹部膨隆、胃肠道症状如进食困难、恶心、厌食或早期饱腹感，亦可有尿频或尿急症状，尤其在这些症状新出现或常出现（>12 d/月）且不能归因于任何已知的恶性肿瘤或其他病因。部分患者表现为绝经后出血，输卵管癌患者典型的三联征包括阴道排液、盆腔痛及盆腔肿块。

建议社区医生在询问妇科肿瘤相关症状的同时，进一步了解其肿瘤家族史，以识别妇科肿瘤遗传风险高的女性。采集要点包括以下内容：（1）一级亲属是否有肿瘤史，涵盖兄弟姐妹、父母和子女。（2）二级亲属是否有肿瘤史，包括（外）祖父母、姑姑（姨母）、叔叔（舅舅）、侄子（外甥）、侄女（外甥女）以及同母异父或同父异母的兄弟姐妹。（3）对每位患有肿瘤的亲属，应记录原发性肿瘤类型、发病年龄以及母系或父系的家族史。建议家族史的收集至少应涵盖三级亲属[35]。

筛查：多项国际组织机构不建议对无症状的、平均风险女性进行卵巢癌的筛查[36-38]。循证医学证据表明妇科检查、癌胚抗原125（CA125）和经阴道超声检查未降低卵巢癌的死亡率[39-44]，因此以上筛查策略获益不足。而目前已知10%~24%的卵巢癌与特定基因的胚系突变有关[45-48]。研究显示，BRCA1突变携带者的卵巢癌风险为39%~65%；BRCA2突变携带者为11%~37%；LS患者为3%~33%[49]。所以，了解家族史对识别潜在遗传性癌症综合征患者十分重要。具体细节包括：卵巢癌或乳腺癌家族史；家族中或患者是否有已知的遗传性癌症综合征（如BRCA1/2突变、LS等），从而增加患者发生卵巢癌的风险。若识别患者的高危家族史提示潜在的卵巢癌遗传综合征，则应转诊接受遗传学咨询[29，50]。经遗传咨询所筛选的高危人群，推荐从30~35岁开始，联合血清CA125检测与经阴道超声检查定期筛查[5]。

【推荐意见】 社区医生在询问卵巢癌相关症状的同时，建议进一步了解其肿瘤家族史，以识别卵巢癌高遗传风险的女性。社区医生应重点关注有肿瘤家族史和有症状人群，及时将该类人群转诊至上级医院排查。对于无症状、平均风险女性不建议行卵巢癌的筛查；对于不明原因的腹部胀痛、尿频或尿急、进食困难或早期饱腹感，建议进一步评估，特别是症状经常出现、持续、新发、与其他症状共存或严重时，尤其 40 岁以上或有妇科恶性肿瘤家族史的女性，建议行经阴道超声及血清肿瘤标志物（如 CA125）检查，必要时及时转诊至上级医院妇科，并接受遗传学咨询；对于高风险人群，推荐从 30~35 岁开始，联合血清 CA125 检测与经阴道超声检查定期筛查。（2A 类推荐）

1.3.2 卵巢癌的随访。随访频率：初始治疗后的前 2 年每 2~3 个月随访 1 次；第 3~5 年每 3~6 个月随访 1 次；5 年后每年随访 1 次[49]。

随访内容：多数患者复发时缺乏典型症状，妇科检查有助于早期发现阴道残端及盆腔内复发。具体随访内容包括临床症状、服用靶向药物情况、体格检查（包括盆腔检查）、B 超、肿瘤标志物、必要时胸部 / 腹部 / 盆腔 CT、MRI 或 PET-CT 检查、生活质量评估、完善基因检测与遗传咨询、血常规、肝功能等[51]。

【推荐意见】 推荐社区医生对社区内已行卵巢癌治疗的患者建立档案，定期提醒患者至医院行相应检查。卵巢癌患者初始治疗后的前 2 年每 2~3 个月随访 1 次，第 3~5 年每 3~6 个月随访 1 次，5 年后每年随访 1 次；根据复发风险及出院意见调整随访间隔和随访内容。（2A 类推荐）

2 妇科常见恶性肿瘤的全专结合健康管理

2.1 心理问题的筛查和管理

随着现代医学模式的转变，肿瘤患者的心理状态越来越引起重视。伴随现代科技的进步，多种肿瘤治疗方法的建立，健康体检使很多肿瘤在早期发现。自 2006 年 WHO 提出肿瘤是慢性病，只要早期筛查、早期诊断、早期治疗，会得到满意的疗效，因此，要使肿瘤患者建立癌症是慢性病的理念，增加对癌症治疗的信心。

为了避免肿瘤患者及家属对心理社会问题的“病耻感”，美国国立综合癌症网络（NCCN）使用“痛苦”一词代替肿瘤患者存在的所有心理、精神问题及社会、实际问题等。痛苦是一个综合概念，涵盖肿瘤患者面临的所有心理社会问题，其表现可以从轻微的悲伤和恐惧，到严重的精神障碍，呈现一个连续的谱系。肿瘤患者的痛苦通常可以分为 4 个维度：躯体、心理、社会和灵性[52]。年轻的妇科恶性肿瘤患者常涉及生育问题，其心理问题尤为严峻，心理疏导的需求更为迫切。妇科肿瘤患者社区管理应包括心理痛苦筛查和心理支持需求评估。心理痛苦温度计是 NCCN 痛苦管理指南中推荐的首选评估工具，是一个从 0~10 分的视觉模拟尺度类量表，0 表示无痛苦，10 分表示极度痛苦，4 分及以上的患者需要进一步评估，用于快速筛查患者的心理痛苦程度，依据筛查结果对患者的痛苦进行分流，多年来已在全球广泛应用。针对轻度痛苦，建议所有医务人员充满同理心并诚实地与患者沟通；用仁慈和尊重的态度对待患者及其照顾者；建立和保持支持性的医疗关系；告知多种心理和支持性服务机构供选择使用；由受过培训的医务人员或社会工作者提供心理支持。对于中度痛苦，建议将患者转至专业的心理社会肿瘤学团队，或由专业的肿瘤临床医务人员，根据明确的理论框架进行干预，旨在缓解心理痛苦，如焦虑、抑郁和愤怒。对于重度痛苦，由心理治疗师或精神卫生专业人员实施心理和精神干预，改善患者的中至重度精神健康问题，提供专业的心理支持和治疗[52]。

肿瘤患者可能面临多种精神心理症状，包括焦虑、抑郁、谵妄、失眠、癌痛、肿瘤相关性疲乏、预期性恶心呕吐、厌食和恶病质等，可参照《中国肿瘤整合诊治技术指南（CACA）·心理疗法》[52]中的相关推荐给予患者相应评估和支持。教育性干预包括向患者提供诊断、治疗、不良反应、预后、费用等信息，帮助患者承认不确定感、焦虑、抑郁等痛苦多见且正常，澄清错误认知，并给予一定的保证和支持；治疗性干预包括精神药物治疗、认知 – 行为干预和支持 – 表达干预，非药物干预包括音乐疗法、催眠治疗、正念减压、冥想、瑜伽、放松、艺术治疗、芳香疗法、肌电生物反馈、正常化痛苦、同伴支持小组、压力管理等[53]。文献显示心理干预对社区恶性肿瘤患者的效果显著[54]。循证医学资料显示妇科恶性肿瘤化疗期间存在不同的症状群，其中化疗前心理症状群最严重，第 1 次化疗后消化道症状群最严重，第 3、6 次化疗后身体形象症状群最严重[55]，社区可以根据不同的症状群特征，给予相应干预。

【推荐意见】 （1）使用心理痛苦温度计筛查妇科恶性肿瘤患者的心理痛苦，使用分级评估及应答策略，将显著痛苦的患者及时转诊接受心理社会肿瘤学服务。（2）关注妇科恶性肿瘤患者的精神心理症状，通过教育性干预和治疗性干预给予患者心理支持，症状严重时或干预效果不理想时转诊至专科。（2A 类推荐）

2.2 运动康复

因人而异、循序渐进和持之以恒是癌症患者运动方案的基本原则，具体可参照图 2 所示的评估和转诊流程，结合患者的疾病阶段和身体状态，制定个性化运动康复方案[56]。对于下肢淋巴水肿的妇科恶性肿瘤患者可参照妇科恶性肿瘤下肢淋巴水肿患者运动方案的证据总

结[57]。肿瘤整合康复治疗的理念近期被提出，旨在帮助肿瘤患者获得最大的身体、社会、心理和职业功能支持，不仅可以减少肿瘤治疗过程中的各种不良反应带来的负面影响，并且能显著改善肿瘤患者的生存质量[58]。

【推荐意见】（1）明确运动治疗目标。（2）排除影响运动的潜在医疗风险。（3）若可以独立居家运动则推荐普适性运动处方：中等强度有氧运动，150 min/周，≥ 30 min/次；抗阻运动，2次/周，20 min/次；若不确定能否独立居家活动者则推荐低强度整合运动；若不可独立居家运动，则转诊至康复医学/运动医学科。（2A类推荐）

2.3 营养管理

研究表明，40%~80% 的恶性肿瘤患者存在营养不良，而 20% 的恶性肿瘤患者死于营养不良或其相关并发症[59]。营养不良使临床结局恶化、生存时间缩短、生活质量降低且增加治疗成本[60]。主观整体营养评估（patient-generated subjective global assessment，PG-SGA）量表被推荐用于评估肿瘤患者的营养状况。

营养治疗在肿瘤患者中具有重要意义，可显著改善临床结局、延长患者生存时间、提高生活质量并节约医疗费用。建议根据患者的营养状况，制定不同的干预措施：对于营养良好的患者（PG-SGA 0~1 分），仅需常规随诊和评估，无需特别干预；可疑或轻度营养不良的患者（PG-SGA 2~3 分），需要进行患者或家庭营养教育，并可依据症状和实验室检查结果考虑营养干预；中度营养不良的患者（PG-SGA 4~8 分），应由营养师制定具体方案进行营养干预，并可依据症状的严重程度和实验室检查结果，与医生、药师协作进行干预；对于重度营养不良患者（PG-SGA ≥ 9 分），需要紧急进行症状缓解和营养干预[61]。

有专家团队提出营养治疗应成为肿瘤患者必需的基础和一线治疗，对于肿瘤患者的营养支持，具体推荐意见如下：（1）肿瘤患者应早期开始全程、主动的营养治疗。（2）肿瘤营养治疗应满足患者目标能量及营养素的需求，同时调节代谢、降低炎症负荷（满足 90% 液体目标需求；摄入热卡 25~30 kcal·kg^{-1}·d^{-1}，70%~90% 目标需要量；蛋白质 1.2~2.0 g·kg^{-1}·d^{-1}，100% 达标；微量营养素，100% 达标）。（3）营养治疗应遵循四优先原则：优先考虑膳食、口服、营养教育及肠内途径。（4）根据营养诊断结果和营养不良的严重程度及类型，实施相应的营养治疗。（5）肿瘤患者的营养治疗应按照五阶梯治疗原则（首选饮食和营养教育，随后过渡至选择饮食与口服营养补充、全肠内营养、部分肠内营养和部分肠外营养、全肠外营养）并尽快恢复使用肠道。（6）与健康人相同，一般情况下，肿瘤患者的总能量需求可按卧床患者为 20~25 kcal·kg^{-1}·d^{-1}，活动患者为 25~30 kcal·kg^{-1}·d^{-1} 计算。但是肿瘤患者由于静息能量消耗升高，以及抗肿瘤治疗应激因素等原因，患者实际需求常超过健康人。（7）根据患者胰岛素抵抗情况，调整葡萄糖和脂肪酸的供能比例。荷瘤患者应减少葡萄糖供能比例、增加脂肪酸供能比例。（8）肿瘤患者的蛋白质需求增加，推荐摄入量为 1.2~1.5 g·kg^{-1}·d^{-1}。（9）微量营养素应按每日需求量供给，一般不建议大剂量使用。（10）肿瘤患者首选标准配方，特别是荷瘤患者建议选择肿瘤特定配方。（11）ω-3 多不饱和脂肪酸的补充对肿瘤患者有益。（12）整蛋白制剂适用于绝大多数患者，对于消化吸收不良的患者可选择短肽制剂。（13）通过个体化评估制订合理的方案，选择适当的配方和途径，营养治疗可能提升部分终末期肿瘤患者的生活质量。但是，终末期患者的营养治疗是一个复杂的伦理、情感

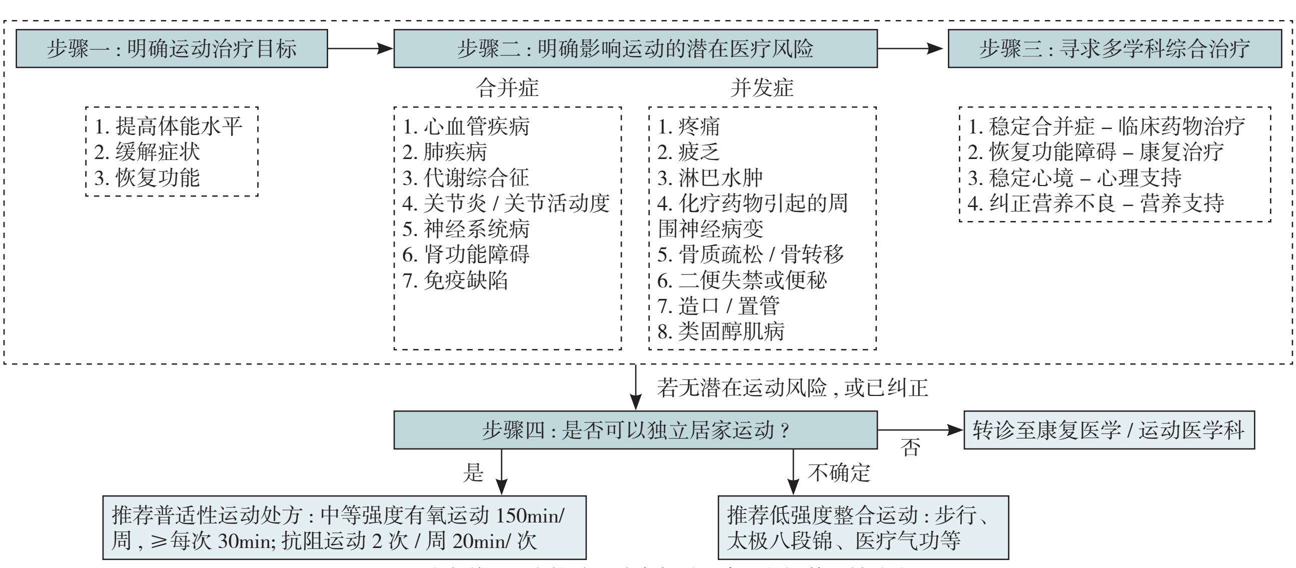


图 2 肿瘤科医生在推动运动康复时可参照的评估和转诊流程

Figure 2 Evaluation and referral process for oncologists promoting exercise rehabilitation

和社会问题，常被患者家属的要求所左右[61]。

【推荐意见】 建议基层医疗卫生机构对居家的妇科恶性肿瘤患者进行筛查和营养状态评估，对于可疑营养不良的患者进行患者或患者家属家庭营养教育，对于明确诊断为营养不良的患者进行营养干预，如干预效果不满意及重度营养不良的患者建议转诊至上级医院营养科治疗。（2A 类推荐）

2.4 延续护理和健康教育

妇科肿瘤患者常面临延续护理的需求，如静脉导管、伤口（造瘘口）、肿瘤化疗毒副作用等定期护理，三级医疗机构的肿瘤专科护理人员及基层医疗卫生机构的护理人员经过系统培训后可以为患者提供延续护理，延续护理的形式包括线上、线下护理门诊及专业护理人员实施的“互联网 + 护理服务”，可以联合医生、营养师、康复师、心理治疗师等成立妇科恶性肿瘤患者支持小组，为患者提供专业知识与护理指导、情感支持、康复等个体化干预方案。

延续护理的内容包括妇科恶性肿瘤的症状护理及健康教育，形式可以采取护理门诊一对一或集体宣教、健康讲座、发放知识宣传册或海报、设置妇科肿瘤科普宣传栏并定期更新防治知识、播放音像资料、自媒体宣传、社交媒体和在线平台传播等；同时可以深入社区及家庭向社区居民传递关于妇科恶性肿瘤的科普知识，内容涵盖妇科恶性肿瘤的高危因素、症状、预防、筛查、治疗方法、随访等。通过创建社区网络，将患者、家属和医疗专业人员联系在一起，使社区成员可以随时获取有关妇科肿瘤治疗方面的最新信息，促进资源共享和互助。通过传授正确的生活方式、科学的运动、营养教育、戒烟活动、避孕方式等，推动社区中的健康宣传，降低肿瘤的发病风险并促进康复；并通过开展宫颈癌疫苗接种，定期组织宫颈癌筛查以提高妇科恶性肿瘤的早期筛查、早期预警、早期治疗。

2.5 社会功能的恢复

妇科恶性肿瘤患者社会功能的恢复是一个复杂而关键的过程，涉及身体、心理和社会层面等多方面因素。社区、家庭成员和朋友的支持对于患者康复及社会功能的恢复至关重要，包括理解患者的需求，提供陪伴和鼓励。鼓励患者参与社交活动，有助于重新建立社交网络。社区可向患者提供有关社会资源、支持组织和志愿者服务等信息，必要时提供职业指导，协助患者重新投入工作，适应工作环境并管理工作压力。

3 妇科常见恶性肿瘤的社区转诊及全专结合管理流程

3.1 一般转诊建议

当患者出现以下情况，建议基层医疗卫生机构尽快将患者转诊至上级医院妇科或妇科肿瘤科或其他相应专科进行诊治：（1）初诊或怀疑妇科恶性肿瘤患者；（2）妇科恶性肿瘤遗传风险高的女性；（3）接受手术、化疗、放疗、靶向、免疫等肿瘤治疗后引起的并发症（如手术后粘连所致的疼痛和肠梗阻、尿路和肠道并发症、盆底等功能障碍、淋巴水肿、营养不良；化疗所致的毒副作用；放疗所致的纤维化、外阴萎缩、继发肿瘤；雌激素缺乏所致的潮热、阴道干燥和骨质流失等[11]），症状严重或社区管理效果不满意的患者；（4）出现显著痛苦、严重精神心理症状或干预效果不理想的妇科恶性肿瘤患者；（5）由于其他因素无法处理的（包括复发的）妇科恶性肿瘤患者。

3.2 紧急转诊建议

当患者病情急剧恶化、危及生命或需要紧急治疗时应紧急转诊至上级医院，以确保患者尽早得到救治，具体包括：（1）出现急性症状，如剧烈疼痛、大量出血的患者；（2）需要紧急手术治疗的患者，如肿瘤扭转、破裂等情况；（3）肿瘤治疗所致的严重不良反应的患者［如血液系统、泌尿系统、消化系统、循环系统、呼吸系统、免疫等系统的4级不良反应，严重的发热、感染、血栓血栓栓塞事件、低蛋白血症等，详细可参照常见不良反应术语标准（CTCAE 5.0 版）］；（4）随访过程中出现可疑复发或转移症状的患者（不明原因出血、接触性出血、腹痛腹胀、血尿、下肢肿胀疼痛等）；（5）需要紧急进行放疗、化疗或其他治疗的患者；（6）出现其他危及生命的紧急情况。

3.3 全专结合管理流程

全专结合的内涵涵盖在全科工作基础上发展专病诊疗技术，并与上级医院协同合作，引进技术共同开展专病诊疗[62]。有学者指出，在实施全专结合的专病诊疗技术时，需要明确“六个一”的建设目标，具体包括：一个完整的全专结合的专病临床诊疗流程、一个设立于社区的全专结合专病门诊、一个专病病例数据库、一套专病诊疗科普资料、一门面向全科医学生和在职社区医生的全科临床诊疗思维课程，以及一个为社区医生和患者设计的专病管理信息系统[63]。

妇科常见恶性肿瘤患者的社区全专结合管理流程见图 3。此外，管理团队还应积极提供患者导航服务，团队成员之间应注意定期会诊、信息共享并持续改进，实现适合妇科恶性肿瘤全专结合管理的“六个一”建设目标。

【推荐意见】 当基层医疗卫生机构筛查出妇科恶性肿瘤患者，或可疑的患者，或遗传风险高的女性，应转诊至上级医院妇科或妇科肿瘤科；当妇科恶性肿瘤患者治疗后随访过程中出现可疑复发或转移症状、严重不良反应或其他危及生命的紧急情况需要立即转诊；关注

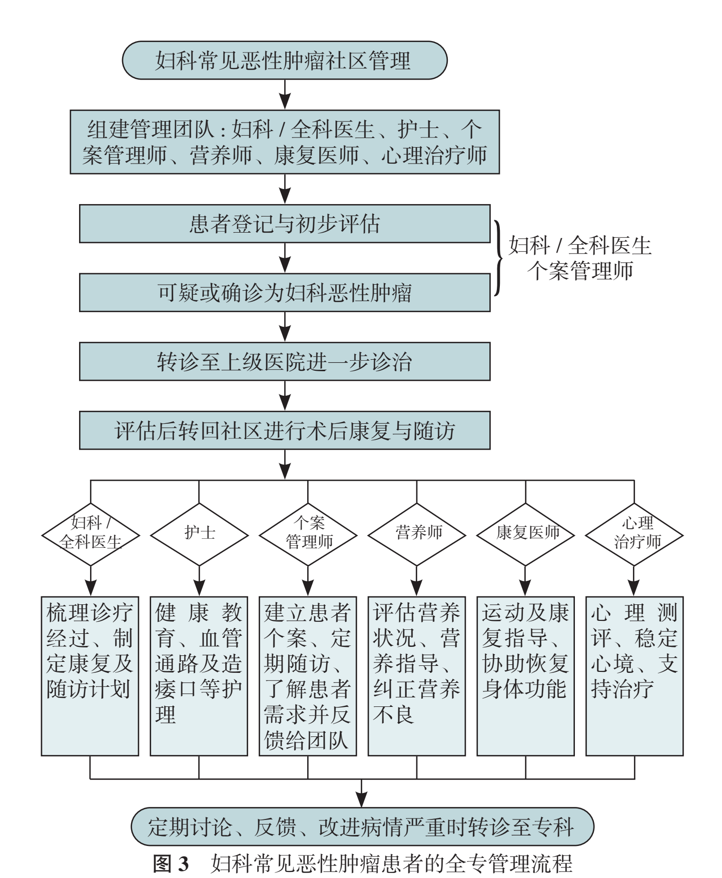


图 3 妇科常见恶性肿瘤患者的全专管理流程

Figure 3 Flowchart for general and specialized management of common gynecologic malignancies

疾病和治疗对患者躯体和社会心理的影响，必要时为患者提供转诊帮助。（2A 类推荐）

4 妇科常见恶性肿瘤的全专结合管理团队

妇科恶性肿瘤全专结合管理团队应该以妇科医生和全科医生为核心，成员可以借鉴多学科肿瘤康复团队[56]，理想的团队组成及成员分工如下。

妇科医生 / 全科医生：监测患者状况、管理患者的治疗和随访计划。

护士（师）：提供持续的护理，协助患者处理治疗过程中的生理和心理问题。

营养师：制定营养计划，确保患者获得合理的营养。

康复医师 / 物理治疗师：进行康复评定，提供康复计划和建议。

心理咨询师 / 心理治疗师 / 精神科医师：提供心理咨询和支持，帮助患者及其家庭处理心理问题，提供必要的药物治疗。

个案管理师：组织和协调整个团队的合作，确保患者得到全面的医疗服务，其工作模式包括：患者登记、评估、计划、实施、追踪、监测、反馈效果和结案。

5 小结

妇科恶性肿瘤的全专结合管理应以妇科医生和全科医生为核心，联合肿瘤、康复等多学科团队，对患者进行全面的健康管理，助力患者生存质量的提升。该共识提供的管理策略以及全专结合的理念，通过联合会诊、双向转诊等方式，实现全专优势互补，助力妇科恶性肿瘤患者的全程、便捷、高质量管理。目前多数社区的作用并没有得到充分发挥，呼吁制订并推广妇科常见恶性肿瘤全专结合管理模式，加强各级培训，实现分级诊疗，增强专科与基层的上下联动协作，在临床实践中不断优化全专融合，进一步完善医疗卫生服务体系，确保妇科恶性肿瘤预防、干预和康复的落实。

《妇科常见恶性肿瘤社区管理专家共识》编写组名单：

指导专家：魏丽惠（北京大学人民医院），迟春花（北京大学第一医院）

执笔专家：章静菲（首都医科大学附属北京世纪坛医院），白文佩（首都医科大学附属北京世纪坛医院）

编写专家（按姓氏拼音排序）：白文佩（首都医科大学附属北京世纪坛医院），陈雪丽（首都医科大学附属北京世纪坛医院），崔竹梅（青岛大学附属医院），付睿（首都医科大学附属北京世纪坛医院），高军（江西省肿瘤医院），郭红燕（北京大学第三医院），贾平平（首都医科大学附属北京世纪坛医院），孔为民（首都医科大学附属北京妇产医院），李爱阳（北京市密云区医院），李佩玲（哈尔滨医科大学附属第二医院），李艺（北京大学人民医院），李长忠（北京大学深圳医院），刘磊（首都医科大学附属北京世纪坛医院），刘俐惠（首都医科大学附属北京世纪坛医院），刘禄斌（重庆医科大学附属妇女儿童医院），刘青（首都医科大学附属佑安医院），刘世凯（沧州市中心医院），马晓欣（中国医科大学附属盛京医院），倪成香（北京市海淀区甘家口社区卫生服务中心），孙艳格（北京市西城区首都医科大学附属复兴医院月坛社区卫生服务中心），王世军（首都医科大学宣武医院），王妍（北京大学第三医院），王志启（首都医科大学附属北京友谊医院），卫兵（安徽医科大学第二附属医院），杨慕坤（首都医科大学附属北京世纪坛医院），杨英捷（贵州医科大学附属肿瘤医院），张军（首都医科大学附属北京安贞医院），张蕾（清华大学附属北京清华长庚医院），张岩（北京大学第一医院），章静菲（首都医科大学附属北京世纪坛医院），赵卒红（首都医科大学附属北京世纪坛医院），郑虹（北京大学肿瘤医院），周剑（湖南省第二人民医院），朱前勇（河南省人民医院）

本文无利益冲突。

参考文献

[1] SUNG H，FERLAY J，SIEGEL R L，et al. Global cancer statistics

2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2021, 71(3): 209-249. DOI: 10.3322/caac.21660.

[2] HAN B F, ZHENG R S, ZENG H M, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2022[J]. J Natl Cancer Cent, 2024, 4(1): 47-53. DOI: 10.1016/j.jncc.2024.01.006.

[3] 刘萍. 中国大陆13年宫颈癌临床流行病学大数据评价[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2018, 34(1): 41-45. DOI: 10.19538/j.fk2018010111.

[4] ZHANG S K, XU H F, ZHANG L Y, et al. Cervical cancer: Epidemiology, risk factors and screening[J]. Chin J Cancer Res, 2020, 32(6): 720-728. DOI: 10.21147/j.issn.1000-9604.2020.06.05.

[5] 中国抗癌协会肿瘤内分泌专业委员会, 中国优生科学协会女性生殖道疾病诊治分会, 中国优生科学协会肿瘤生殖学分会. 遗传性妇科肿瘤高风险人群管理专家共识(2020)[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2020, 36(9): 825-834. DOI: 10.19538/j.fk2020090109.

[6] 中国子宫颈癌综合防控路径建设专家共识编写组, 中华预防医学会肿瘤预防与控制专业委员会. 中国子宫颈癌综合防控路径建设专家共识[J]. 中国预防医学杂志, 2022, 23(10): 721-726.DOI: 10.16506/j.1009-6639.2022.10.001.

[7] 中华医学会妇科肿瘤学分会, 中国优生科学协会阴道镜和宫颈病理学分会. 人乳头瘤病毒疫苗临床应用中国专家共识[J]. 现代妇产科进展, 2021, 30(2): 81-91. DOI: 10.13283/j.cnki.xdfckjz.2021.02.001.

[8] SIEGEL R, MILLER K D, WAGLE N S, et al. Cancer statistics, 2023[J]. CA A Cancer J Clin, 2023, 73: 17-48. DOI: 10.3322/caac.21763.

[9] 中国优生科学协会阴道镜和子宫颈病理学分会, 中华医学会妇科肿瘤学分会, 中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会, 等. 中国子宫颈癌筛查指南(一)[J]. 现代妇产科进展, 2023, 32(7): 481-487. DOI: 10.13283/j.cnki.xdfckjz.2023.07.001.

[10] US Preventive Services Task Force, CURRY S J, KRIST A H, et al. Screening for cervical cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement[J]. JAMA, 2018, 320(7): 674-686. DOI: 10.1001/jama.2018.10897.

[11] 中华医学会妇科肿瘤学分会. 中国妇科肿瘤临床实践指南(2023版)·子宫颈癌[EB/OL](2023-08-10)[2024-01-19]. http://www.khzxyjjh.com/a/458.html.

[12] 王文君, 付翰林. 1990—2019年中国子宫内膜癌疾病负担分析[J]. 现代预防医学, 2023, 50(12): 2143-2148. DOI: 10.20043/j.cnki.MPM.202301042.

[13] 赵湘铃, 段朝晖, 张敏, 等. 中国子宫内膜癌疾病负担状况及流行趋势预测[J]. 中国慢性病预防与控制, 2023, 31(8): 568-573. DOI: 10.16386/j.cjpccd.issn.1004-6194.2023.08.002.

[14] GAMBINI D, FERRERO S, KUHN E. Lynch syndrome: from carcinogenesis to prevention interventions[J]. Cancers, 2022, 14(17): 4102. DOI: 10.3390/cancers14174102.

[15] NJOKU K, ABIOLA J, RUSSELL J, et al. Endometrial cancer prevention in high-risk women[J]. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2020, 65: 66-78. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2019.12.005.

[16] LUO J H, CHLEBOWSKI R T, HENDRYX M, et al. Intentional weight loss and endometrial cancer risk[J]. J Clin Oncol, 2017, 35(11): 1189-1193. DOI: 10.1200/JCO.2016.70.5822.

[17] CROSBIE E J, KITSON S J, MCALPINE J N, et al. Endometrial cancer[J]. Lancet, 2022, 399(10333): 1412-1428. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)00323-3.

[18] JAREID M, THALABARD J C, AARFLOT M, et al. Levonorgestrel-releasing intrauterine system use is associated with a decreased risk of ovarian and endometrial cancer, without increased risk of breast cancer. Results from the NOWAC Study[J]. Gynecol Oncol, 2018, 149(1): 127-132. DOI: 10.1016/j.ygyno.2018.02.006.

[19] DASHTI S G, CHAU R, OUAKRIM D A, et al. Female hormonal factors and the risk of endometrial cancer in lynch syndrome[J]. JAMA, 2015, 314(1): 61-71. DOI: 10.1001/jama.2015.6789.

[20] CLARKE M A, LONG B J, DEL MAR MORILLO A, et al. Association of endometrial cancer risk with postmenopausal bleeding in women: a systematic review and meta-analysis[J]. JAMA Intern Med, 2018, 178(9): 1210-1222. DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.2820.

[21] 中华医学会妇产科学分会妇科内分泌学组. 异常子宫出血诊断与治疗指南[J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(11): 801-806. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2014.11.001.

[22] 中华医学会妇科肿瘤学分会. 中国妇科肿瘤临床实践指南(2023版)·子宫内膜癌[EB/OL].(2023-08-10)[2024-01-19]. http://www.khzxyjjh.com/a/458.html

[23] 刘婷婷, 孔为民. 2021年《国际妇产科联盟(FIGO)妇科恶性肿瘤指南》联合2022年《美国国立综合癌症网络(NCCN)指南(第1版)》解读子宫内膜癌诊治进展[J]. 中国临床医生杂志, 2022, 50(12): 1409-1413. DOI: 10.3969/j.issn.2095-8552.2022.12.007.

[24] 王志启, 王建六, 魏丽惠. 子宫内膜癌合并症146例临床分析[J]. 中华妇产科杂志, 2003, 38(6): 350-353. DOI: 10.3760/j.issn:0529-567X.2003.06.011.

[25] TANHA K, MOTTAGHI A, NOJOMI M, et al. Investigation on factors associated with ovarian cancer: an umbrella review of systematic review and meta-analyses[J]. J Ovarian Res, 2021, 14(1): 153. DOI: 10.1186/s13048-021-00911-z.

[26] WANG Y, WANG Z, ZHANG Z H, et al. Burden of ovarian cancer in China from 1990 to 2030: a systematic analysis and comparison with the global level[J]. Front Public Health, 2023, 11: 1136596. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1136596.

[27] BILLER V S, LEITZMANN M F, SEDLMEIER A M, et al. Sedentary behaviour in relation to ovarian cancer risk: a systematic review and meta-analysis[J]. Eur J Epidemiol, 2021, 36(8): 769-780. DOI: 10.1007/s10654-020-00712-6.

[28] GUAN X, WEI R, YANG R K, et al. Association of radiotherapy for rectal cancer and second gynecological malignant neoplasms[J]. JAMA Netw Open, 2021, 4(1): e2031661. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.31661.

[29] US Preventive Services Task Force, OWENS D K, DAVIDSON K W, et al. Risk assessment, genetic counseling, and genetic testing for BRCA-related cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement[J]. JAMA, 2019, 322(7): 652-665. DOI: 10.1001/jama.2019.10987.

[30] HAVRILESKY L J, MOORMAN P G, LOWERY W J, et al.

Oral contraceptive pills as primary prevention for ovarian cancer：a systematic review and meta-analysis［J］. Obstet Gynecol，2013，122（1）：139-147. DOI：10.1097/AOG.0b013e318291c235.
［31］ANTONIOU A，PHAROAH P D，NAROD S，et al. Average risks of breast and ovarian cancer associated with BRCA1 or BRCA2 mutations detected in case Series unselected for family history：a combined analysis of 22 studies［J］. Am J Hum Genet，2003，72（5）：1117-1130. DOI：10.1086/375033.
［32］HANLEY G E，PEARCE C L，TALHOUK A，et al. Outcomes from opportunistic salpingectomy for ovarian cancer prevention［J］. JAMA Netw Open，2022，5（2）：e2147343. DOI：10.1001/jamanetworkopen.2021.47343.
［33］SALVADOR S，SCOTT S，FRANCIS J A，et al. No. 344-opportunistic salpingectomy and other methods of risk reduction for ovarian/fallopian tube/peritoneal cancer in the general population［J］. J D' obstetrique Gynecol Du Can，2017，39（6）：480-493. DOI：10.1016/j.jogc.2016.12.005.
［34］WALKER J L，POWELL C B，CHEN L M，et al. Society of Gynecologic Oncology recommendations for the prevention of ovarian cancer［J］. Cancer，2015，121（13）：2108-2120. DOI：10.1002/cncr.29321.
［35］中国抗癌协会，樊代明，吴鸣，等. 中国肿瘤整合诊治技术指南（CACA）：遗传咨询［M］. 天津科学技术出版社，2023.
［36］US Preventive Services Task Force，GROSSMAN D C，CURRY S J，et al. Screening for ovarian cancer：US Preventive Services Task Force recommendation statement［J］. JAMA，2018，319（6）：588-594. DOI：10.1001/jama.2017.21926.
［37］Committee opinion No. 716：the role of the obstetrician-gynecologist in the early detection of epithelial ovarian cancer in women at average risk［J］. Obstet Gynecol，2017，130（3）：e146-e149. DOI：10.1097/AOG.0000000000002299.
［38］Choosing Wisely，American College of Obstetricians and Gynecologists. Ten things physicians and patients should question［EB/OL］.（2023-12-21）［2024-01-19］. https://simponline.it/wp-content/uploads/2014/11/Five-more-things-not-to-do-ACOG.pdf.
［39］BUYS S S，PARTRIDGE E，BLACK A，et al. Effect of screening on ovarian cancer mortality：the Prostate，Lung，Colorectal and Ovarian（PLCO）Cancer Screening Randomized Controlled Trial［J］. JAMA，2011，305（22）：2295-2303. DOI：10.1001/jama.2011.766.
［40］US Preventive Services Task Force，BIBBINS-DOMINGO K，GROSSMAN D C，et al. Screening for gynecologic conditions with pelvic examination：US Preventive Services Task Force recommendation statement［J］. JAMA，2017，317（9）：947-953. DOI：10.1001/jama.2017.0807.
［41］JACOBS I J，MENON U，RYAN A，et al. Ovarian cancer screening and mortality in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening（UKCTOCS）：a randomised controlled trial［J］. Lancet，2016，387（10022）：945-956. DOI：10.1016/S0140-6736（15）01224-6.
［42］BLOOMFIELD H E，OLSON A，GREER N，et al. Screening pelvic examinations in asymptomatic，average-risk adult women：an evidence report for a clinical practice guideline from the American College of Physicians［J］. Ann Intern Med，2014，161（1）：46-53. DOI：10.7326/M13-2881.
［43］VAN NAGELL J R Jr，MILLER R W，DESIMONE C P，et al. Long-term survival of women with epithelial ovarian cancer detected by ultrasonographic screening［J］. Obstet Gynecol，2011，118（6）：1212-1221. DOI：10.1097/AOG.0b013e318238d030.
［44］MENON U，GENTRY-MAHARAJ A，BURNELL M，et al. Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening（UKCTOCS）：a randomised controlled trial［J］. Lancet，2021，397（10290）：2182-2193. DOI：10.1016/S0140-6736（21）00731-5.
［45］RISCH H A，MCLAUGHLIN J R，COLE D E，et al. Prevalence and penetrance of germline BRCA1 and BRCA2 mutations in a population series of 649 women with ovarian cancer［J］. Am J Hum Genet，2001，68（3）：700-710. DOI：10.1086/318787.
［46］WALSH T，CASADEI S，LEE M K，et al. Mutations in 12 genes for inherited ovarian，fallopian tube，and peritoneal carcinoma identified by massively parallel sequencing［J］. Proc Natl Acad Sci USA，2011，108（44）：18032-18037. DOI：10.1073/pnas.1115052108.
［47］NORQUIST B M，HARRELL M I，BRADY M F，et al. Inherited mutations in women with ovarian carcinoma［J］. JAMA Oncol，2016，2（4）：482-490. DOI：10.1001/jamaoncol.2015.5495.
［48］WEISS A S，SWISHER E，PENNINGTON K P，et al. Inherited mutations in fallopian tube，ovarian and primary peritoneal carcinoma：changes in diagnoses and mutational frequency over 20years［J］. Gynecol Oncol，2020，159（1）：214-220. DOI：10.1016/j.ygyno.2020.06.509.
［49］ROSENTHAL A N，FRASER L，MANCHANDA R，et al. Results of annual screening in phase I of the United Kingdom familial ovarian cancer screening study highlight the need for strict adherence to screening schedule［J］. J Clin Oncol，2013，31（1）：49-57. DOI：10.1200/JCO.2011.39.7638.
［50］DALY M B，PAL T，MAXWELL K N，et al. NCCN guidelines® insights：genetic/familial high-risk assessment：breast，ovarian，and pancreatic，version 2.2024［J］. J Natl Compr Canc Netw，2023，21（10）：1000-1010. DOI：10.6004/jnccn.2023.0051.
［51］中华医学会妇科肿瘤学分会. 中国妇科肿瘤临床实践指南（2023版）·卵巢癌［EB/OL］.（2023-08-10）［2024-01-19］. http://www.khzxyjjh.com/a/458.html.
［52］唐丽丽.《中国肿瘤整合诊治技术指南（CACA）·心理疗法》解读［J］. 中国癌症防治杂志，2023，15（2）：109-117. DOI：10.3969/j.issn.1674-5671.2023.02.01.
［53］中国医师协会肿瘤医师分会，中国医疗保健国际交流促进会胰腺疾病分会，中国医药教育协会腹部肿瘤专业委员会. 中国胰腺癌患者居家医养全程管理专家共识［J］. 中华肿瘤杂志，2022，44（10）：1076-1082. DOI：10.3760/cma.j.cn112152-20220523-00362.
［54］潘晓烨，谭军，张宇，等. 心理干预社区恶性肿瘤患者的效果分析［J］. 上海医药，2022，43（2）：44-46. DOI：10.3969/j.issn.1006-1533.2022.02.013.



［55］赵亚楠，路娜，马喜梅，等. 妇科恶性肿瘤患者化疗期间症状群的范围综述［J］. 中华护理杂志，2022，57（18）：2283-2288. DOI：10.3761/j.issn.0254-1769.2022.18.017.

［56］中国康复医学会肿瘤康复专业委员会，江苏省整合医学研究会. 以功能障碍为中心的中国癌症患者运动康复专家共识［J］. 中国康复医学杂志，2023，38（1）：1-7. DOI：10.3969/j.issn.1001-1242.2023.01.001.

［57］谢燕，王玲，谢建飞，等. 妇科恶性肿瘤下肢淋巴水肿患者运动方案的证据总结［J］. 中华现代护理杂志，2022，28（3）：302-308. DOI：10.3760/cma.j.cn115682-20210809-03525.

［58］中国抗癌协会肿瘤营养专业委员会，国家市场监管重点实验室（肿瘤特医食品. 肿瘤整合康复治疗规范化示范病房标准（试行）［J］. 肿瘤代谢与营养电子杂志，2022，9（4）：450-455. DOI：10.16689/j.cnki.cn11-9349/r.2022.04.008.

［59］翁敏，代正燕，甘志明，等. 常见恶性肿瘤住院患者营养状况及影响因素分析［J］. 肿瘤代谢及营养电子杂志，2022，2（9）：195-199.

［60］MORTON M，PATTERSON J，SCIUVA J，et al. Malnutrition，sarcopenia，and cancer cachexia in gynecologic cancer［J］. Gynecol Oncol，2023，175：142-155. DOI：10.1016/j.ygyno.2023.06.015.

［61］王林，丛明华，崔久嵬，等. 肿瘤营养治疗的基本原则［J］. 肿瘤代谢与营养电子杂志，2022，6（9）：727-734. DOI：10.16689/j.cnki.cn11-9349/r.2022.06.008.

［62］张源，陈嵘，张复亮，等. 社区医疗机构“全专结合” 康复服务模式探讨［J］. 中华全科医师杂志，2019，18（5）：492-494. DOI：10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2019.05.022.

［63］于德华. 基于全专结合的社区专病诊疗技术发展策略［J］. 中国全科医学，2024.［Epub ahead of print］. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0567. https://kns.cnki.net/kcms2/article/abstract?v=01ddXewXOSD55srmy4bhlSaaQnPlNqssi_-3G0yvZEJgFqLoS84PH4iDY4zE-TemVE0JohlFvYc2XuMomw7mUij-MdV5i5SBbJfanw-zvRVVltjzy5qmxFjFPamc36i4IPNOBlpfsCmL2Ln3Fhm-TnNXzf_tHRfCClTpt3JqKzjgd4LBvbj6lZJUxg5-lJVb&uniplatform=NZKPT&language=CHS.

（收稿日期：2024-03-13；修回日期：2024-08-16）
（本文编辑：贾萌萌）